

Dr. Paulina TuQuyen Han

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____
Địa Chỉ: _____ Giới Tính: M / F
Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Điện: _____
Điện Thoại Nhà: _____ Số An Sinh Xã Hội: _____
Điện Thoại Di Động: _____ Nghề Nghiệp: _____
Chúng Tôi Có Thể Nhắn Tin Cho Bạn: Y / N Tình Trạng Hôn Nhân: Độc Thân / Kết Hôn / Ly Hôn / Góa
Email: _____ Tên Người Giới Thiệu Bạn : _____
Người Liên Hệ Với Trường Hợp Khẩn Cấp: _____ Thông Tin Liên Lạc Ưa Thích: Email / Nhắn Tin / Điện Thoại / Bưu Chính
Ngôn Ngữ Ưa Thích: _____

Chủng Tộc: Mỹ Bản Địa/Native Alaskan / Thổ Dân Hawaii/Đảo Thái Bình Dương / Mỹ Đen
Mỹ Trắng / Gốc Tây Ban Nha / Á Châu / Khác: _____

Dân Tộc: Thổ Dân Hawaii/Đảo Thái Bình Dương / Gốc Tây Ban Nha / Không Phải Gốc Tây Ban Nha

Bảo Hiểm: Không Có / VSP / Eyemed / Davis Vision / MES / Medicare / Medi-Cal / Khác: _____
Bạn có phải là thành viên chính của bảo hiểm này: YES / NO
Nếu **KHÔNG**, xin vui lòng cho biết tên, ngày sinh, và số an sinh xã hội của thành viên: _____

Lý Do Đến Kiểm Tra Hôm Nay: Mắt Không Thoải Mái Kiểm Tra Hàng Năm Lý Do Khác: _____

Ngày khám mắt cuối cùng: _____ Lân chót khám dilation: _____

Hãy khoanh tròn tất cả áp dụng cho bạn:

Mắt Mờ	Biến động thị giác	Đôi mắt mệt mỏi	Nhấp nháy / Hạt nổi
Khô Mắt	Làm LASIK	Vụi mắt	Mệt mỏi cơ thể
Lazy eye	Lúc nào: _____	Ngứa mắt	Sự tập trung sụt giá
Nhạy cảm ánh sáng	Tầm nhìn ban đêm không tốt	Nhức đầu	Nhìn đôi

Bạn có sử dụng điện thoại thông minh / tablet / computer / đọc sách (hãy khoanh tròn tất cả các áp dụng cho bạn)
Nếu **CÓ**, mỗi ngày thi hành mỗi hoạt động khoảng bao nhiêu tiếng? _____

Nếu bạn đang đeo kính áp tròng, hãy khoanh tròn câu trả lời phù hợp với bạn:

Lần đầu tiên Đeo trước đây Bạn đeo loại nào: Cứng / Mềm: _____

DILATION làm cho lỗ con ngươi lớn ra để bác sĩ có thể có được một cái nhìn tốt hơn về sức khỏe mắt nội bộ. Nó có thể gây mờ tầm nhìn ở gần với gia tăng độ nhạy sáng khoảng 3-5 tiếng. Hiệu quả sẽ khác nhau với bệnh nhân khác nhau. Nếu bạn bị bệnh tiểu đường, có huyết áp cao, hoặc cholesterol cao, đang dùng thuốc, hoặc trong 2-3 năm qua không có làm dilation, bác sĩ khuyến bảo nên thực hiện dilation. **Bạn muốn bác sĩ thực hiện dilation không?** YES / NO

RETINAL PHOTOGRAPHY hỗ trợ trong việc phát hiện và quản lý của các bệnh như thoái hóa điểm vàng, bệnh võng mạc tăng huyết áp, bệnh thần kinh thị giác, thay đổi tiểu đường và lỗ võng mạc, hoặc mỏng võng mạc, Nó cũng được dùng để ghi bất thường của bệnh ảnh hưởng đến mắt. **Bạn có muốn có chúng tôi thực hiện chụp ảnh võng mạc không? (\$29)** YES / NO

Tôi cho phép tiết lộ bất kỳ y tế hoặc các thông tin cần thiết để xử lý yêu cầu này. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm cho tất cả các chi phí không được bảo hiểm của tôi trả. Tôi cũng xác nhận rằng tôi đã nhận được Thông Báo Về Hình Thức Thực Hành Bảo Mật và hiểu các điều khoản giao kết của HIPPA Compliance.

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Tên của cha mẹ hoặc người giám hộ (Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi): _____

Quan hệ của người đại diện bệnh nhân với bệnh nhân: _____

LỊCH SỬ SỨC KHỎE BỆNH NHÂN

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

Tên Bác Sĩ Gia Đình: _____ Ngày Khám Cuối Cùng: _____

Y Tế / Lịch Sử Gia Đình (nếu cần thêm chỗ, xin vui lòng cho chúng tôi biết): _____

Hãy liệt kê tất cả các thuốc hiện tại của bạn (bao gồm vitamins, và thảo dược trị liệu): _____

Liệt kê tất cả phẫu thuật (bao gồm phẫu thuật mắt): _____

Liệt kê các phản ứng hoặc dị ứng với thuốc hoặc thuốc nhỏ mắt: _____

Xin cho biết nếu một trong các điều kiện áp dụng cho bạn hoặc một thành viên gia đình:

Bệnh/Điều Kiện	Mình		Thành Viên Gia Đình		Mối Quan Hệ (họ hàng máu)
	YES	NO	YES	NO	
Đục thủy tinh thể / Mù	•	•	•	•	_____
Bật mắt	•	•	•	•	_____
Bệnh tăng nhãn áp	•	•	•	•	_____
Thoái hóa điểm vàng	•	•	•	•	_____
Võng mạc tách rời	•	•	•	•	_____
Cao huyết áp	•	•	•	•	_____
Mở cao	•	•	•	•	_____
Tiểu đường	•	•	•	•	_____

Khác: _____

Phụ nữ: Bạn có mang thai không? YES / NO

Hiện đang cho con bú? YES / NO

Nhận Xét Về Hệ Thống: Xin cho biết dưới đây nếu bạn có, hoặc từng có, vấn đề với các điều kiện sau:

Di ứng / Miễn dịch

- Bệnh lở ngoài da (SLE)
- Viêm khớp
- Dị ứng môi trường

Tim mạch

- Cao huyết áp
- Mở cao
- Bệnh tim
- Bệnh mạch máu

Tổng y tế

- Giảm cân / tăng cân
- Sốt
- Mệt Mỏi
- Chấn thương

Xã hội

- Sử dụng thuốc lá: Không bao giờ _____ Hiện tại _____ Cựu _____ Lần cuối cùng _____
- Thuốc không kê đơn: YES / NO _____
- Rượu Tiêu Thụ: Không _____ Uống một chút _____ Nghiện rượu _____

Liệt kê các điều kiện khác mà bạn có thể không được liệt kê ở trên: _____

- Nếu bạn không có bất kỳ điều kiện ở trên, hãy khoanh tròn **NONE** tại đây.

Vui lòng ký tên dưới đây để xác nhận rằng thông tin là hiện tại, và rằng bạn đã trả lời các câu hỏi trên, để tốt nhất của kiến thức của bạn:

Chữ Ký : _____ Ngày: _____ Doctor's Initials: _____